FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

186

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LADJADJ Ali

né le 12 mai 1930 à Casablanca

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE TREIZE CAS DE DIVERTICULE DE MECKEL CHEZ L'ADULTE

Président : M. LAURENCE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — **THÈSE** N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LADJADJ Ali

né le 12 mai 1930 à Casablanca

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE TREIZE CAS DE DIVERTICULE DE MECKEL CHEZ L'ADULTE

Président : M. LAURENCE, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.
	BUSSER (F.)
	GOUYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch.
	POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch.
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)

	MM.
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LŒPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.), m. conf.
	CATINAT (J.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Gl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch.
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.), m.c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANELINE (A), pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère

A mon Père

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538126_0040

A Monsieur le Professeur G. LAURENCE

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur P. MONOD BROCA

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'amitié bienveillante dont il a fait preuve à notre égard.

A Messieurs les Docteurs BARTHES et MARTIN
de l'Hôpital de LAGNY

En les remerciant pour leur enseignement et les dossiers qu'ils nous ont permis de consulter.

A PROPOS DE TREIZE CAS DE DIVERTICULE DE MECKEL CHEZ L'ADULTE

La littérature consacrée au Diverticule de Meckel est fort abondante. Sa lecture fait apparaître que les manifestations pathologiques surviennent presque toujours chez des malades jeunes; le plus souvent des enfants du sexe masculin.

On conçoit dès lors que les Chirurgiens d'enfants se soient pliés à cette constatation d'expérience et qu'ils aient toujours à l'esprit les aspects cliniques du Diverticule de Meckel.

Par ailleurs, la très grande variabilité de ceux-ci - à laquelle s'oppose la gravité des complications - les a rapidement incités à s'orienter vers une action préventive. Ainsi, la recherche systématique du Meckel fait partie du rituel des appendicectomies tandis que son ablation de principe ne souffre aucune exception.

En est-il de même chez les chirurgiens d'adultes ? S'estimant protégés par la double barrière de la singularité anatomique et de la prédilection pour l'enfance des accidents Meckeliens, ils ont cessé d'avoir à l'égard du Diverticule de Meckel une attitude vigilante. Sollicités par des diagnostics moins exceptionnels, ils ne songent même plus à l'incriminer, quand bien même il se manifesterait par des signes cliniques relativement évocateurs.

Enfin, tandis que sa recherche systématique était largement négligée, il semblerait bien qu''aucune orthodoxie ne régisse la conduite à tenir face à un Meckel sain rencontré au hasard d'une intervention. Si certains procèdent à son ablation de principe, beaucoup trop encore craignent de faire courir un risque inutile à leur malade.

Ainsi donc s'est-il instauré, entre ces deux catégories de Chirurgiens, une disparité d'attitudes clinique et chirurgicale qu'il nous est apparue nécessaire de dénoncer.

Certes, il ne saurait être question d'infirmer la thèse qui fait de l'enfance la période élective des accidents Meckeliens. Mais il reste que, pour rares qu'ils soient, de tels accidents se voient également chez l'adulte. Leur méconnaissance risque d'entraîner de graves erreurs de diagnostic ou de faire passer, opératoirement, à côté de lésions mortelles. A moins de conduire à une abstention chirurgicale dont on connait les désastreuses conséquences.

Avant d'aborder l'étude de nos propres cas de Diverticule de Meckel chez l'adulte, il nous est apparu utile de rapporter deux observations que nous avons empruntées à la thèse du Docteur Agez parue en I956. En même temps qu'elles apportent sa justification à notre travail, elles montrent °à quels errements diagnostiques et thérapeutiques peut aboutir la méconnaissance du Diverticule de Meckel chez l'adulte.

OBSERVATION N° 1

- Diverticule de Meckel à tableau ulcéreux.
- Mr B... 30 ans.

Clinique :

Adressé dans le service pour hernie inguinale droite et appendicite le 23 Mai I955.

Le malade souffre depuis trois mois de douleurs abdominales de siège épigastrique. Ces douleurs à type de

crampe ne sont pas rythmées par les repas : elles surviennent à des moments variés de la journée, de façon paroxystique, faisant place ensuite à un endolorissement de la région.

Elles s'accompagnent de nausées et d'une constipation opiniâtre.

A l'examen, ventre souple avec douleur nette de la fosse iliaque droite, alors que la région épigastrique est parfaitement indolore.

Toucher rectal légèrement douloureux à droite, à bout de doigt.

De plus, il existe une hernie inguinale droite chez ce malade par ailleurs pâle et asthénique.

Diagnostic :

Appendicite + hernie inguinale droite.

Intervention :

- Incision inguinale droite
- Cure hernie par Bassini
- Recherche appendice qui est vascularisé et que l'on ectomise
- Fermeture
- Suites opératoires normales.

Quelques temps après l'intervention, le malade continue de se plaindre de douleurs épigastriques qui n'ont pas changé de caractère, mais qui, à l'interrogatoire , paraissent plus nettes et surviennent avec périodicité, régulièrement après chaque repas.

Une exploration radiologique de l'estomac conclut à une image pré-pylorique à type d'éperon. Le malade est donc adressé à son Médecin pour traitement médical anti-ulcéreux.

Il nous est renvoyé à nouveau, au début du mois de Juillet I955.

Au point de vue clinique, il n'y a pas d'amélioration. Les douleurs persistent, accompagnées de vertiges et de ballonnements abdominaux ; surtout, l'état général est nettement moins bon et cette déficience s'objective par un amaigrissement progressif et important.

De nouvelles radiographies de contrôle révèlent la présence d'une "rigidité segmentaire pré-pylorique de la petite courbure" fort suspecte de malignité (Docteur Bertoluzzy.

Après quelques jours de traitement, de nouveaux clichés gastriques sont pratiqués. Ils montrent la persistance d'une zone de rigidité segmentaire juxta-pylorique au niveau de la partie inférieure du segment horizontal de la petite courbure. On retrouve une déformation en plateau sur presque tous les clichés des séries duodénales. Et le radiologue (Docteur Laniel) conclut : "Je crois que la nature néoplasique de cette niche est précise de plus en plus".

Ce compte-rendu radiologique, joint à l'altération de l'état général, fait décider la gastrectomie.

Intervention :

- Médiane sus-ombilicale
- Estomac normal macroscopiquement
- Gastrotomie large , qui permet de vérifier l'absence de lésion pyloro-antrale
- Fermeture de la gastrotomie
- Une exploration méthodique de l'abdomen permet de découvrir à 80 centimètres de l'angle iléo-caecal un diverticule de Meckel
- On pratique un e résection intestinale à distance de la base d'implantation
- Suites opératoires normales.

Anatomie Pathologie :

- Structure uniforme de type intestinal
- Il s'agit d'une diverticulite sans ulcère vrai.

Deux ordres de conclusions sont à tirer de cette observation :

En premier lieu, il faut bien reconnaître que beaucoup de problèmes auraient été évités si le diverticule de Meckel avait été systématiquement recherché dès la première intervention.

La seconde conclusion concerne la facilité avec laquelle le Clinicien se trompe dès lors qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel chez l'adulte. Cela tient certes à son polymorphisme clinique qui prend souvent le masque de certaines affections fréquentes de l'adulte.

Mais il faut également admettre que nombre de ces erreurs sont dus à ce que l'on pourrait appeler une "faute clinique". Elle consiste à n'accorder pratiquement aucune place au diverticule de Meckel dans l'éventail des diagnostics possibles, soulevés en présence d'un certain tableau clinique de l'adulte.

Cette assertion trouve un large écho dans la seconde observation que nous avons tirée de la thèse du Docteur Agez.

OBSERVATION N° 2 : Mr. G... 35 ans

Clinique :

Malade transféré d'urgence, pour hémorragies intestinales importantes, de l'Hôpital de Dieppe à l'Hôpital de Rouen où il est hospitalisé dans notre service le I3 octobre I954.

L'interrogatoire révèle que le même jour, vers deux heures du matin, il a été réveillé par des douleurs abdominales à type de tension, de pesanteur, dans la région ombilicale. De nombreux borborygmes apparaissent, tandis que les troubles douloureux s'accentuent et s'étendent à tout l'abdomen.

Un malaise apparait bientôt avec pâleur, sueurs, extrémités froides. Vers sept heures du matin, selles abondantes de couleur noirâtre. Après une accalmie de deux à trois heures, nouvelles selles hémorragiques vers onze heures du matin.

Il est, devant ces symptômes alarmants, transporté de Dieppe à Rouen où on note à son arrivée dans notre service :

- Bon état général, mais pâleur marquée.
- T.A. 15-9
- L'abdomen respira normalement et est parfaitement souple
- Pas de point douloureux, spontané ni provoqué
- Il existe une cicatrice sus-ombilicale et de la fosse iliaque droite
- Toucher rectal négatif.

Antécédents :

L'interrogatoire révèle que cet accident hémorragique intestinal n'est pas le premier et que le malade a un long passé pathologique.

- A I4 ans, deux hospitalisations à un an d'intervalle, pour moelena.

- A I6 ans, appendicectomie (Meckel non recherché)

- Aucun trouble jusqu'en Mai I953 (le malade est alors âgé de 34 ans) où apparait un nouveau melaena et surtout en novembre de la même année où une récidive plus importante a nécessité son hospitalisation à Dieppe.

Les examens qui avaient été pratiqués dans cet hôpital n'avaient montré aucune autre manifestation hémorragique. L'étude de la crase sanguine s'avèrait en particulier normale. La sphère hépato-splénique était également normale. Des radiographies d'estomac avaient amené les Chirurgiens de Dieppe à s'intérroger sur une image d'addition au niveau de l'antre et sur le fait que le bulbe n'était jamais bien injecté. Ils avaient conclu à la possibilité d'un ulcus.

- Au début de janvier I954, nouveau melaena. Après hésitation, mais devant la suspicion d'ulcère que semble confirmer ce nouvel incident, et l'absence d'autre cause décelée, on décide l'intervention et on pratique une gastrectomie type Polya.

A l'examen de la pièce, pas d'ulcération, mais une muqueuse congestionnée dans son ensemble. L'examen histologique conclut à une gastrite sans caractère étiologique spécifique et ne trouve pas d'élément susceptible d'expliquer les troubles de ce malade.

Le malade avait quitté l'Hôpital en Février I954 et c'est en Octobre I954 que s'était produit la récidive des hémorragies qui l'avaient conduit à être transféré à l'hôpital de Rouen.

Examens complémentaires :

Le I9 octobre; nous pratiquons une rectoscopie qui montre que l'ampoule rectale est libre de toute anomalie et que le suintement franchement mélaenique, vient de l'étage supérieur.

On décide de contrôler la morphologie et le fonctionnement du moignon gastrique, qui se révèlent normaux.

On pratique, d'autre part, un lavement baryté dont voici le compte-rendu :

" A l'union du sigmoïde et du colon, se trouve une
" image lacunaire à contours nets, formant une
" petite noix et occupant toute la lumière colique.
" Aspect d'un polype. Sur deux clichés la muqueuse,
" en aval, est "vrillée" ce qui parait correspondre
" à la tractation d'un pédicule ; cependant, comme
" l'image ne se retrouve pas sur tous les clichés,
" un nouvel examen s'impose qui révèle un colon
" normal et infirme la notion de polype".

En conclusion, au terme de ces divers examens, on n'a aucune explication du melaena. Et devant l'absence d'hémorragies depuis cinq semaines, on décide de renvoyer ce malade en lui demandant de revenir à la moindre alerte.

Dans la nuit du I9 au 2O novembre, apparition d'une rectorragie avec malaises. Reprise le 22 Novembre. On décide une laparotomie pratiquée le 24 novembre I954.

Intervention :

- Médiane sus et sous-ombilicale
- On trouve un diverticule de Meckel très adhérent que l'on enlève par une résection losangique à la base.
- Suites opératoires normales.

Anatomie Pathologie:

- Muqueuse gastrique, mais pas d'ulcère.

Cette observation est suffisamment éloquente par elle-même pour qu'il soit besoin de la commenter longuement. Ni les douleurs abdominales localisées à la région om-ombilicale, ni les hémorragies récidivantes depuis l'âge de 14 ans, n'ont amené les Chirurgiens à s'orienter vers le diagnostic d'un diverticule de Meckel. Par le jeu naturel d'une dynamique interne de l'erreur, on voit à quelles conséquences peut aboutir l'exclusion, au départ, d'un tel diagnostic. Et ceci simplement parce qu'on n'y pense pas.

Notre dessein actuel n'étant pas d'insister sur les méfaits du diverticule de Meckel, mais simplement de rappeler au lecteur une lésion qui mérite l'attention du clinicien, nous ne ferons que signaler de façon très sommaire certaines manifestations du diverticule de Meckel chez l'adulte.

Nous insisterons seulement sur le problème des ulcères Meckeliens dont les hémorragies - si elles induisent souvent en erreur - permettent cependant d'en faire le diagnostic dans un grand nombre de cas.

Notre étude portera sur I3 cas que nous avons collégés entre I956 et I960, soit une période d'environ cinq ans.

Sur ces I3 cas, la proportion des sexes s'établit à 11 contre 2, en faveur des hommes, ce qui justifie la règle de la plus grande fréquence du diverticule de Meckel chez le sexe masculin.

L'analyse de nos observations montre également que nous comptons 2 cas d'ablation d'un diverticule de Meckel non altéré, 11 cas où il présentait des altérations pathologiques.

Lorsqu'il n'est pas altéré, le diverticule de Meckel a été, en général, trouvé au cours de l'exploration systématique de la terminaison du grêle au décours d'appendicectomies.

Dans les autres cas, suivant qu'il était enflammé ou hémorragique, la symptomatologie du diverticule de Meckel était variable. L'hypothèse d'un diverticule de Meckel ne fut évoquée que dans 3 cas alors qu'il s'agissait d'hémorragies intestinales inexpliquées.

Dans la plupart de nos observations, son diagnostic n'a été posé qu'opératoirement.

Dans les autres cas, l'indication opératoire n'a été posée qu'en présence d'un tableau clinique d'appen-

dicite aiguë ou d'occlusion intestinale aiguë.

Nous distinguerons donc :

Les diverticules de Meckel :

- inflammatoires
- occlusifs
- hémorragiques
- de découverte fortuite.

1 - LES DIVERTICULES DE MECKEL INFLAMMATOIRES

Ils se manifestent ,sur le plan clinique, par un tableau en tout point semblable à celui de l'appendicite aiguë. Cela explique que tous les malades chez lesquels nous avons trouvé une Meckelite n'ont été opérés qu'avec le diagnostic d'appendicite. L'erreur est bénigne, dès le moment où elle est rectifiée à l'intervention. Encore faut-il ne pas se contenter d'enlever un appendice plus ou moins congestif, et penser dans tous les cas à rechercher le Meckel.

OBSERVATION N° 1 : Mr. B... O. .., I7 ans

Clinique :

- Consulte le 21 février I958 pour appendicite chronique
- Vomissements il y a 3 ou 4 jours
- Etats nauséeux
- Douleurs abdominales constantes
- A l'examen, on trouve un Mac Burney net et rien d'autre qui mérite d'être signalé.

Intervention : Docteur P. Monod Broca - Paris

- Appendice long, rouge et très satisfaisant pour appendicite chronique.

- En explorant systématiquement la fin du grêle on découvre un très beau diverticule de Meckel implanté à angle droit sur le grêle, large comme l'intestin grêle et long comme le petit doigt. Il parait absolument sain.
- Résection cunéiforme à la base.
- Suture du grêle, transversalement, en un plan, au lin.
- Suites opératoires normales.

Compte-rendu histologique :

a - de l'appendice : il présente une muqueuse hypoplasique, épaissie par des infiltrats inflammatoires qui atteignent la sous-muqueuse. Celle-ci est scléreuse et en métaplasie adipeuse partielle.

- La sous-séreuse et le méso sont occupés par des vaisseaux dilatés et des suffusions oedémateuses.
- C'est là l'aspect histologique d'une irritation appendiculaire chronique d'origine exogène vraisemblable.

b - du diverticule de Meckel : les fragments prélevés aux dépens du diverticule montrent qu'il est revêtu d'une muqueuse hérissée de villosités de type franchement et uniquement intestinal.

- Ce diverticule est remanié par des lésions inflammatoires de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Celle-ci est en effet oedémateuse, occupée par des vaisseaux dilatés et gorgés de sang.

- Il s'agit donc d'une diverticulite tout à fait babale et classique.

On remarquera que chez ce malade, le diverticule de Meckel paraissait sain à l'examen direct, alors que

l'examen histologique objective la Meckelite. Cela apporte un argument supplémentaire s'il en était besoin, à la nécessité d'une ablation systématique du diverticule de Meckel quel que soit son aspect macroscopique.

OBSERVATION N° 2 : Mr. B... E... , 40 ans.

Clinique :

- Envoyé dans le Service le 9 Janvier, I958 pour appendicite.
- A l'examen, ventre souple, fosse iliaque droite douloureuse. Toucher rectal normal.
- Dans les antécédents, on note l'existence de crises douloureuses abdominales, que le malade situe également dans la fosse iliaque droite.
- On intervient avec le diagnostic d'appendicite.

Intervention : Docteur P. Monod Broca - Paris

- Mac Burney
- Appendice sain que l'on enlève
- L'exploration systématique du grêle permet de découvrir à environ 40 centimètres de la valvule iléo-caecale un diverticule de Meckel de 3 centimètres de long et qui est très congestif.
- Résection cunéiforme.
- Suture de l'intestin en un plan.
- Suites opératoires normales.

Examen histologique :

- Diverticulite tandis que l'appendice est sain.

OBSERVATION N° 3 : Mr C... C... , 77 ans

Clinique :

- Adressé dans le Service le 8 Octobre I960 pour

un syndrome abdominal aigu qui dure depuis 3 jours.

- Le malade se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche, d'abord intermittentes, continues, depuis quelques heures avant son admission. Cette douleur s'est par ailleurs étendue à la fosse iliaque droite et des nausées sont apparues.
- A l'examen, douleur diffuse de tout l'abdomen, mais avec prédominance dans la fosse iliaque droite.
- Pas de contracture, ni de défense abdominales.
- Toucher rectal normal.

Etant donné le point de départ de la douleur, au niveau de l'hypocondre gauche , on fait pratiquer un lavement baryté tandis que le malade est mis en observation sous couvert de glace et Antibiotiques.

Le lendemain , malgré le traitement, les signes locaux sont nettement majorés au niveau de la fosse iliaque droite où il existe maintenant une défense très nette de l'abdomen.

Le lavement baryté n'ayant rien montré et la numération formule ayant, par ailleurs, objectivé une leucocytose à 13.800 blancs avec 76% de polynucléaires neutrophiles, on décide d'intervenir avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention : Docteur Testas - Hôpital de Courbevoie -

- Grande incision iliaque droite
- Appendice rétro-caecal et libre, non infecté.
- L'exploration du reste de l'abdomen permet de percevoir une grosse masse du grêle que l'on peut extérioriser, ce qui met en évidence un diverticule de Meckel long, gros, sphacélé, avec oedème du méso.
- Résection cunéiforme
- Suture de l'intestin par 3 points séparés au lin
- Suites opératoires normales.

Compte-rendu histologique :

- De nombreux prélèvements ont été faits sur cette pièce.
- Ils n'ont permis de retrouver qu'une muqueuse de type intestinal, tantôt normale, tantôt nécrosée, reposant sur un tissu fibro-musculaire infiltré par endroits d'éléments inflammatoires polymorphes, ce dernier caractère correspondant aux zones où la muqueuse est nécrosée.
- Aucun élément du type gastrique n'a pu être mis en évidence.

On notera dans cette dernière observation que la première manifestation clinique du diverticule de Meckel peut ne survenir qu'à un âge fort avancé, Bien que déjà signalée dans la littérature, cette latence clinique du diverticule de Meckel, pendant la plus grande partie d'une vie, méritait d'être soulignée.

Observation n° 4 - Melle C... M... , I8 ans.

Clinique ;

- Adressée pour appendicite le I5 octobre I959.
- Aucun antécédent
- La malade souffre depuis 3 jours au niveau de sa fosse iliaque droite et cette douleur s'est accentuée, la veille de son admission, en même temps que la malade avait des nausées.
- A l'examen, point de Mac Burney net avec légère défense musculaire de la fosse iliaque droite.
- Numération formule : I2.000 Blancs, dont 79% de polynucléaires neutrophiles.
- Diagnostic : appendicite aiguë.

Intervention : Docteur P. Monod Broca - Paris

- Appendice normal que l'on enlève
- L'exploration systématique du grêle permet d'ob-

jectiver, à environ 40 centimètres de la valvule iléo-caecale, un diverticule de Meckel congestionné.
- Résection cunéiforme
- Suture de l'intestin en un plan, au lin.

Examen histologique :

- Les coupes effectuées aux dépens de cette pièce opératoire montrent que la muqueuse est hérissée de villosités comportant un épithélium muqueux et des glandes nombreuses.
- La sous-muqueuse est oedémateuse et la sous-séreuse comporte de nombreuses dilatations vasculaires et lymphatiques. Il s'agit d'un diverticule de Meckel remanié par des troubles circulatoires.

2 - LES DIVERTICULES DE MECKEL OCCLUSIFS

On connait la multiplicité des occlusions dues au diverticule de Meckel. Dans la majorité des cas rapportés chez l'adulte, elles sont dues à des brides diverticulaires, plus exceptionnellement à une invagination à point de départ diverticulaire. Le mécanisme de ces occlusions est infiniment variable. Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale aiguë ou, plus rarement, d'une occlusion intestinale chronique.

OBSERVATION N° 5 - Mr .R... A... 63 ans

Clinique :

- Adressé dans le Service le 4 avril I955 pour occlusion intestinale aiguë.
- Le malade présente en effet un tableau typique d'occlusion intestinale aiguë à la 48° heure.
- Dans les antécédents, on note :

- En 1954, ictère par rétention pour lequel le malade a été opéré le 17 aout 1954.
- L'intervention avait montré qu'il s'agissait d'une lithiase vésiculaire avec des lésions de pancréatite chronique.
- Suites opératoires simples.
- Le 28 Octobre I954, soit deux mois plus tard; le malade consulte à nouveau pour vomissements.
- Température à 38°5.
- Point douloureux net de la fosse iliaque droite avec défense.
- L'intervention avait permis l'ectomie d'un appendice un peu congestif et dont l'examen histologique avait montré que :
  " la muqueuse était partout normale, qu'il n'exis-
  " tait aucune trace d'inflammation, ni superficiel-
  " le, ni profonde. Tout au plus, pouvait-on noter
  " une légère congestion des vaisseaux de la sous-
  " muqueuse, mais il s'agissait là d'une réaction
  " irritative simple dont le point de départ n'était
  " vraisemblablement pas in situ".
- Les suites opératoires avaient été normales et ce n'est que six mois plus tard qu'était survenu l'accident occlusif pour lequel nous sommes amenés à intervenir une troisième fois.

Intervention du 4 avril 1955 - Docteur P. Monod Broca -Paris

- Médiane à cheval sur l'ombilic
- Bride occlusive sans strangulation + diverticule de Meckel quadrangulaire, gros comme le grêle lui-même.
- C'est la bride qui est la cause de l'occlusion, partant du diverticule de Meckel où elle est, par ailleurs, fixée à la paroi abdominale antérieure et c'est sur elle que les anses intestinales sont venues se tordre.
- Après l'avoir sectionnée, on pratique une résection cunéiforme du diverticule de Meckel.
- On profite de la brèche ainsi créée pour vidanger l'intestin occlus.

- Suture ensuite de l'intestin en un plan transversal au lin.
- Fermeture sans drainage.
- Suites opératoires normales.

Examen histologique :

- Muqueuse de type intestinal présentant des altérations inflammatoires nettes.

Le compte-rendu opératoire et l'examen histologique révèlent qu'il s'agissait donc bien d'une occlusion intestinale aiguë due au diverticule de Meckel. De plus, celui-ci est très certainement à l'origine des troubles présentés par le malade et qui avaient conduit à pratiquer une appendicectomie. La non-recherche du Meckel au cours de celle-ci - outre la double erreur diagnostique et thérapeutique - exposait très certainement le malade à des complications ultérieures. Celles-ci n'ont d'ailleurs pas manqué de survenir , puisque le malade a dû être opéré une seconde fois pour occlusion intestinale aiguë.

Bien que nous n'ayons pas d'autres observations concernant des occlusions intestinales aiguës de l'adulte dues au diverticule de Meckel, il convient cependant de rappeler que ces occlusions occupent une place importante dans la pathologie du diverticule de Meckel chez l'adulte.

Nous n'en voulons pour référence que les travaux de Soderlund : sur 27 cas de diverticule de Meckel pathologiques chez l'adulte, I3 cas se rapportent à des occlusions intestinales aiguës. Si nous n'insistons pas sur ce chapitre, cela tient au fait que les erreurs étiologiques concernant ces occlusions sont peu graves. Elles finissent toujours par être rectifiées au cours de l'intervention à laquelle aboutissent de tels tableaux cliniques.

3 - LES DIVERTICULES DU MECKEL HEMORRAGIQUES

Les diverticules de Meckel hémorragiques constituent un chapitre fort intéressant pour le Clinicien.

Ce sont,en pratique, les seules formes où le diagnostic peut être posé pré-opératoirement avec une relative certitude.

Douleurs abdominales, hémorragies intestinales, syndrome de perforation, tels sont les trois ordres de symptômes qui signalent l'ulcère du diverticule de Meckel. Si les douleurs et les hémorragies sont des signes, la perforation est la complication ordinaire. Le riche tableau clinique par lequel s'extériorise cette dernière étant suffisamment évocateur pour conduire à l'intervention, seules nous retiendrons ici la douleur abdominale et les hémorragies intestinales.

On doit avouer que ces deux symptômes survenant chez un adulte sont bien loin d'attirer l'attention sur le diverticule de Meckel.

En effet, la douleur abdominale, si elle reste relativement constante, n'offre aucun caractère évocateur dans la plupart des cas. A type de crampes, de coliques, ... on connait l'inimaginable variété de ses localisations. Notons cependant sa prédilection pour le siège para-ombilical ou épigastrique.

Ce qui est plus net, c'est le renouvellement fréquent des douleurs dans les antécédents, et qui sont, le plus souvent, mises sur le compte d'autres affections digestives.

Quant à l'hémorragie intestinale, on sait que chez l'adulte, loin d'orienter l'esprit vers le diverticule de Meckel, elle fait plutôt penser à un ulcère gastrique ou un néoplasme digestif.

Les caractères de ce saignement sont variables. De sang rouge ou noir, mêlé aux selles, il peut être de petite abondance ou, au contraire, atteindre à de grandes quantités. Mais ce qui est caractéristique, c'est le saignement par crise et la tendance à la répétition des hémorragies après des périodes d'accalmie allant de quelques jours à plusieurs mois.

Ce symptôme manque rarement dans les ulcères Meckeliens : sur une série de I5 malades atteints d'ulcération diverticulaire rapportée par Soderlund, 11 présentèrent un melaena. Dans les I.605 cas revus par Mose, le pourcentage des hémorragies est de 30,9%.

En dehors des douleurs et de l'hémorragie, il n'existe guère d'autres signes susceptibles d'éclairer le diagnostic. L'examen clinique n'apporte aucun élément supplémentaire. On doit cependant noter l'absence de fièvre.

Quant aux examens complémentaires, leur apport reste négligeable. La radiographie, en particulier, n'est d'aucun secours. Même lorsqu'il a été cliniquement fortement suspecté, le diverticule de Meckel n'a pu être mis en évidence sur les clichés intestinaux demandés dans les observations que nous rapportons.

Bien au contraire, la radiographie aurait plutôt tendance à induire le Chirurgien en erreur, comme le montrent certaines de ces observations.

On doit cependant noter que dans certaines observations rapportées dans la littérature, le diverticule de Meckel a pu être objectivé radiologiquement. Mais ces cas restent rares. Cela tient peut-être à un problème de technique ou d'interprétation des radiographies de l'intestin grêle. Néanmoins, on ne devra pas omettre de demander un transit du grêle chaque fois que le diverticule de Meckel sera suspecté. Même rare, la possibilité d'une visualisation du diverticule de Meckel sur les clichés justifie amplement cet examen complémentaire.

Dans le cas que nous avons recueillis, le diagnostic exact d'ulcère Meckelien fut porté 4 fois sur 6. Dans les 2 autres cas, l'opérateur sut ne pas se laisser abuser par les images radiologiques et découvrir un diverticule de Meckel par une exploration systématique de l'abdomen.

OBSERVATION N° 6 : Mr. B... A... 35 ans

Clinique :

- Entré dans le service pour hémorragies intestinales abondantes de sang rouge survenues à deux reprises en 48 heures.
- Dans la soirée qui suit son admission, le malade présente brusquement un état de choc avec vertiges et chute tensionnelle, en même temps que s'extériorise une nouvelle hémorragie abondante de sang rouge.
- Cette hémorragie se renouvelle deux jours plus tard.
- Dans les jours qui suivent, l'état du malade s'étant amélioré , on pratique une série d'examens radiologiques :
    - estomac: aucune image suspecte
    - lavement baryté : R.A.S.
    - transit du grêle : dilatation des dernières anses iléales, qui se raccorde à un défilé un peu serré.
- Cette dernière image, jointe à l'absence d'antécédents gastriques, font suspecter le diverticule de Meckel chez ce malade jeune et sportif. On décide d'intervenir pour le rechercher.

Compte-rendu opératoire : Docteur Martin - Hôpital de Lagny

- Médiane sous-ombilicale
- La dernière anse iléale est le siège d'une dilatation en amont d'un rétrécissement situé à environ 20 centimètres de la valvule iléo-caecale.
- Ce rétrécissement est porteur d'un volumineux diverticule de Meckel d'aspect non enflammé.
- Résection intestinale emportant le diverticule de Meckel et la partie rétrécie de l'intestin.
- Suites opératoires normales.

Examen histologique :

- Volumineux diverticule de Meckel, de structure très variable intestinale ou colique avec, en certains points, des aspects gastriques. La sous-muqueuse est congestive et très oedémateuse.
- Présence d'une musculeuse nettement différenciée.
- Le tissu adipeux voisin est le siège d'un infarcissement hémorragique d'origine traumatique opératoire probable.
- Aucune lésion inflammatoire en activité.
- Aucune image suspecte.

OBSERVATION N° 7 : Mr M... A... 60 ans

Clinique :

- Adressé dans le Service le I4 décembre I959 pour syndrome occlusif depuis la nuit précédant son hospitalisation.
- Antécédents : rectorragies depuis deux mois, et rapportées à des hémorroïdes.
- Le malade raconte qu'il a ressenti dans la nuit une douleur abdominale violente, en barre, avec ténesme et épreintes. Depuis, pas de matières, ni de gaz.
- L'examen de l'abdomen montre l'absence de défense mais réveille une douleur diffuse de tout le cadre colique.
- L'examen radiologique sans préparation de l'abdomen montre l'absence de niveaux liquides, mais une aéroïléie et une aérocolie à prédominance gauche.
- De même, un lavement baryté s'avère strictement normal.
- Cependant, le 22 décembre I959, le malade a eu une petite hémorragie intestinale de sang rouge.

Rectoscopie : Rien à signaler jusqu'à I5 centimètres.

Radiographie gastrique : Egalement normale

En reprenant l'histoire clinique de la maladie, et devant le caractère négatif de toutes les investigations paracliniques on soulève le diagnostic de diverticule de Meckel en raison :

- des caractères de la douleur abdominale du début avec ténesme.
- des rectorragies répétées depuis deux mois, dont l'une a précédé de quelques jours la douleur.

Avant l'intervention, on fait faire un transit du grêle qui est négatif, bien qu'on ait précisé de rechercher un Meckel.

Compte-rendu opératoire - 2.I.60- Dr.P. Monod Broca-Paris

- Médiane à cheval sur l'ombilic
- Exploration systématique de l'abdomen qui permet d'objectiver, à 40 centimètres environ de l'angle iléo-caecal, un diverticule de Meckel volumineux avec une base d'implantation très large.
- Résection cunéiforme à la base
- Suites opératoires normales.

Examen anatomo-pathologique :

- Le fragment du diverticule de Meckel soumis à l'examen présente une architecture générale assez remaniée, paraissant correspondre à une invagination. On trouve en effet, extérieurement, une muqueuse de type mixte le plus fréquent, soutenue par une musculeuse et une sous-séreuse avec, au centre, un boudin d'invagination coupé tangentiellement.
- Les capillaires sont un peu dilatés, mais il n'existe aucun signe histologique d'un remaniement inflammatoire quelconque.

OBSERVATION N° 8 : Mr. T... G... 33 ans

Clinique :

- Entre dans le Service le 10 Mars I956, à la suite d'une hémorragie intestinale. Hémorragie de sang noir, survenue le matin même, au réveil, précédée de quelques douleurs à type de coliques.
- Dans le Service, les hémorragies reprennent à plusieurs reprises, mais cette fois-ci de sang rouge.

Antécédents :

- Hernie ombilicale dans la petite enfance (le malade aurait porté une ceinture pendant plusieurs années).
- Douleurs para-ombilicales, peu violentes, peu fréquentes depuis 4 à 5 mois.
- Pas d'antécédents ulcéreux.
- A fréquemment des épistaxis.
- Aurait eu, il y a 3 mois , une hémoptysie de faible abondance sans signe d'évolutivité.
- Le grand-père maternel est mort à 66 ans et saignait facilement, parait-il.

Examen clinique :

- Malade pâle, asthénique
- Abdomen souple, non douloureux
- Le reste de l'examen est négatif, si ce n'est que le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigts.
- En conclusion, cliniquement, rien n'explique l'hémorragie.
- On pratique alors deux examens :
    - d'une part, une rectoscopie qui ne révèle rien d'anormal et montre la présence d'un peu de sang noir,

- d'autre part, un examen radiologique gastro-duodénal qui est également normal.

Evolution :

- Les hémorragies de sang rouge ne se reproduisent pas.
- Seul subsiste un melaena dont l'importance va en diminuant et qui disparait vers le 18 mars I956.
- En vue d'un diagnostic étiologique, on reprend les examens :
  - une nouvelle série de clichés gastro-duodénaux ne montre rien d'anormal.
  - un lavement baryté = R.A.S.
  - la présence d'une hernie ombilicale dans les antécédents et de douleurs para-ombilicales récentes fait suspecter un diverticule de Meckel. On demande donc un transit du grêle pour essayer de le mettre en évidence. Cet examen se révèle normal.
  - On envisage alors de pratiquer un examen complet de la crase sanguine. Ceux-ci, pratiqués à distance de l'hémorragie, ne révèlent qu'une fragilité capillaire isolée.
- Le malade quitte donc le Service le 31 mars I956.
- Il est à nouveau admis, pour reprise de l'hémorragie intestinale, le 11 mai I956.
- Le matin même, en allant à la selle, il a constaté dans ses selles la présence de sang rouge foncé, en petite quantité, en même temps qu'il ressentait une douleur para-ombilicale droite et des coliques abdominales.

- A l'examen, comme il y a deux mois, on ne retrouve rien si ce n'est une douleur provoquée au-dessus et à droite de l'ombilic.
- On décide alors d'intervenir, le jour même, pour une exploration ; étant donné la gravité qu'aurait un deuxième saignement aussi important qu'il y à deux mois.

Compte-rendu opératoire : Docteur P. Monod-BROCA-Paris -

- Médiane sous-ombilicale
- Très gros et très long diverticule de Meckel.
- Résection cunéiforme à la base.

Pièce ; Il existe sur la pièce, retournée en doigt de gant, de la muqueuse gastrique au fond.

Examen anatomo-pathologique :

- Les divers prélèvements sont constitués par une muqueuse avec épithélium cylindrique clair (cellules à mucus à calice fermé) et invagination glandulaires rappelant les glandes de Brunner.
- Les couches musculaires sont atrophiques.
- Pas d'ulcération visible.
- La muqueuse est donc de type gastrique.

OBSERVATION N° 9 - Mme B... M..., 67 ans

Clinique :

- Adressée dans le service pour trois hémorragies intestinales de sang rouge et survenues au décours de la semaine ayant précédé l'admission hospitalière.
- Aucun antécédent.
- L'examen clinique est négatif.

Rectoscopie : muqueuse rectale normale et saine.

Radiographies gastro-duodénales :

- Bulbe irrégulier paraissant suspect
- Le cadre duodénal est déformé

On décide d'intervenir avec le diagnostic d'ulcère du bulbe.

Compte-rendu opératoire : Docteur Martin- Hôpital de Lagny-

- Médiane sus-ombilicale
- Le bulbe parait sain, le pancréas normal
- Il existe une importante bride épiploïque qui s'engage vers l'orifice inguinal droit et que l'on libère.
- L'exploration systématique de la dernière anse grêle montre l'existence d'un diverticule de Meckel également bridé, d'aspect normal.
- Résection cunéiforme à la base.
- Suites opératoires normales.

Examen anatomo-pathologique:

- Le diverticule de Meckel soumis à l'examen présente une structure classique avec une muqueuse de type colique prédominant, mais avec cependant, en certains points, des villosités qui évoquent la structure du grêle.
- La sous-muqueuse est congestive et il existe, en profondeur , une importante musculeuse.
- Tous ces éléments paraissent normaux et ne présentent aucun signe histologique d'une lésion inflammatoire ou tumorale quelconque.

OBSERVATION N° 10 - Mr C... G... 70 ans

Clinique :

- Adressé dans le Service le I2 décembre I958 pour melaena important ayant succédé à de vagues douleurs abdominales.

Antécédents :

- Crises d'angor coronarien.
- Ablation des hémorroïde, sept ans auparavant, parce que le malade présentait du sang dans ses selles.
- Pas d'antécédents gastriques.
- De plus, en raison de son angor coronarien, le malade est sous traitement anticoagulant depuis deux ans (dernier taux : 56%).

A l'examen :

- Faciès pâle, subictérique.
- Abdomen souple, indolore.
- Toucher rectal normal.

- Dès le lendemain de l'hospitalisation, nouveau melaena.
- Deux jours plus tard, au cours d'un examen radiologique de l'estomac, très important melaena avec état de choc, obligeant à suspendre l'examen.
- Cet examen radiologique n'est repris que I5 jours plus tard. Les clichés de l'estomac objectivent une angulation de la grande courbure antrale avec épaississement des plis muqueux, mais sans image de niche visible.

- On décide alors d'intervenir pour explorer l'estomac que l'on suspecte d'être la cause de ces hémorragies.

Compte-rendu opératoire : Docteur Martin -Hôpital de Lagny

- Médiane sus-ombilicale
- L'exploration de l'estomac s'avère normale.
- L'exploration du reste de l'abdomen montre l'existence d'un diverticule de Meckel avec un ulcère à sa base.
- Résection cunéiforme de l'intestin
- Suites normales.

Examen anatomo-pathologique :

- Diverticule de Meckel de type colique pur, présentant une assez large ulcération, très superficielle, et bordée par des lésions inflammatoires granulomateuses. La muscularis-mucosae est parfois un peu dissociée, mais dans l'ensemble, conservée.
- On note l'existence d'une importante hyperplasie des plexus sympathiques de la sous-muqueuse qui présente, en outre , d'importantes lésions inflammatoires subaiguës banales.
- Il s'agit donc, en résumé, d'une érosion inflammatoire très superficielle et localisée du diverticule de Meckel.

Ces deux dernières observations montrent bien, une fois encore, combien le diagnostic clinique peut être imprécis ou erroné. On ne saurait donc trop recommander l'exploration systématique de l'abdomen lorsqu'en dépit des signes radiologiques, l'état de l'organe auquel avait été rapportée l'hémorragie n'est pas susceptible de l'expliciter. Grâce à elle, l'erreur clinique est rectifiée et la guérison suit.

OBSERVATION N° 11 - Mr. L... J..., 39 ans

Clinique :

- Entre dans le Service le I° Juin I960 pour hémorragies intestinales très abondantes et de sang rou rouge, ayant débuté le 3I mai I960.
- Au cours des dernières 24 heures, le malade a eu I0 à 12 émissions de sang par l'anus.
- En dehors de lipothymies, aucun autre signe:
  - pas de nausées
  - ni de vomissements
  - ni de douleurs.
- Il s'agit de la première rectorragie de sa vie.

Antécédents :

- Le malade n'a, en effet, jamais saigné.
- Pas de dysenterie, bien qu'ayant fait de nombreux séjours à Singapour - Inde - Afrique Equatoriale.
- Pas de parasitose connue.
- Par contre, douleurs épigastriques post-prandiales, plus ou moins calmées par les repas et survenues par périodes, de 1951 à 1958.
- Des radiographies faites en décembre 1958 auraient montré un flou de la grosse tubérosité de l'estomac.
- A pris du Bismuth, mais pas d'autres médicaments.

A l'examen :

- Malade très pâle :
  - G.B. 13 400
  - G.R. 3 100 000
- Pouls : 85
- Tension artérielle: 10-88 (habituellement 15)
- Abdomen souple, non sensible.
- Les radiographies de l'estomac, pratiquées en urgence, montrent que cet organe paraît normal sur les clichés.
- Trois transfusions de sang sont pratiquées dans la journée et permettent de faire remonter la tension artérielle à 12-7.

Cependant, comme les hémorragies intestinales persistent, on décide, dans la soirée, de faire une intervention exploratrice.

En effet, ce malade, entré dans la nuit du 31 mai 1960 au 1er juin 1960, avait fait l'objet d'une discussion préopératoire dans la matinée et le diagnostic d'ulcère duodénal paraissant cliniquement possible, en raison des crises douloureuses périodiques, on avait décidé d'intervenir si le saignement persistait.

Compte-rendu opératoire le 1/6/1960 -

Docteur Testas - Hôpital de Courbevoie -

- Médiane sus et sous-ombilicale :
- Pas d'ulcère duodénal, contrairement à ce que l'on avait pu penser.
- En déroulant le grêle - qui ne contient pas de sang - on a la surprise de découvrir un diverticule de Meckel situé à 15 centimètres de la valvule iléo-caecale et implanté largement sur le bord mésentérique du grêle.
- Le caecum est rempli de sang.
- Petite résection du grêle enlevant le diverticule.
- Suture de la brèche ainsi créée, en un plan, au fil de lin, à points séparés.
- Appendicectomie complémentaire.
- Suites opératoires : normales, en dehors d'un petit iléus paralytique qui a cédé à l'aspiration, et une rééquilibration électrolytique.

Examen anatomo-pathologique du diverticule :

- Macroscopiquement, il existe effectivement un volumineux diverticule à paroi relativement mince et ne présentant aucune ulcération visible à l'oeil nu.
- De nombreux prélèvement ont été effectués sur cette pièce. Ils permettent d'objectiver une muqueuse partiellement gastrique et partiellement intestinale, ce qui permet d;affirmer le diagnostic de diverticule de Meckel.
- Si l'on n'a pu mettre en évidence d'ulcération, il est à noter que les villosités du versant intestinal sont constituées presque uniquement par leur chorion, très congestif, avec desquamation de l'épithélium. Cet aspect peut, à la rigueur, expliquer le syndrome hémorragique.

Au total donc, ce qu'il faut retenir de ce chapitre tient pour l'essentiel à ceci :

> "Après avoir éliminé les causes habituelles "de rectorragies chez l'adulte, la coexistence "de douleurs abdominales et d'hémorragies "intestinales - ou simplement de ces dernières "seules - doit faire penser au diverticule de "Meckel".

D Dans ces cas, même si ce diagnostic comporte une grosse part d'incertitude, une laparotomie exploratrice complètera utilement l'enquête clinique et pourra permettre le traitement radical. Il semblerait qu'il soit préférable de faire une exploration blanche plutôt que d'exposer un tel malade à des récidives hémorragiques ou aux avatars thérapeutiques qu'entraînerait une erreur de diagnostic.

Avant de quitter le problème des hémorragies Meckeliennes, il convient de dire un mot des examens histologiques. En effet, dans plusieurs de nos observations, l'ulcère n'a pu être mis en évidence par l'Anatomopathologiste. Cela tient sans doute à une question de technique. Rappelons ici encore que Soderlund insiste sur le caractère incomplet de tels examens s'ils ne reposent pas sur un protocole rigoureux, en particulier les coupes en série du diverticule de Meckel.

4 - LES DIVERTICULES DE MECKEL DE DECOUVERTE FORTUITE

Quelle est, en effet, l'attitude à prendre en présence d'un diverticule de Meckel sain ? Qu'il faille l'enlever s'il semble lésé, cela est évident. Mais il semble sain, et même s'il est une découverte de hasard au cours d'une intervention quelconque, il faut également l'enlever. Comme nous l'avons vu, il fait courir au malade une série de dangers tels qu'ils motivent largement cette ablation.

OBSERVATION n° 12 - Mr. L... E... 39 ans

Clinique : Adressé dans le Service pour appendicite.

Intervention : Docteur Martin - Hôpital de Lagny

- Mac Burney
- Appendice sous-hépatique et congestif.
- A 20, centimètres de l'angle iléo-caecal, il existe un diverticule de Meckel sain avec un petit méso.
- Résection cunéiforme.
- Suites opératoires normales.

Histologie : Diverticule de type classique à prédominance - colique. Aucun signe inflammatoire.

OBSERVATION n° 13 - Mr. M... 30 ans

Clinique :

- Malade adressé en urgence pour appendicite aiguë typique à la 48° heure.
- Opéré à son admission.

Compte-rendu opératoire : Docteur P. Monod Broca - PARIS

- Mac Burney qu'il faudra secondairement agrandir vers le haut, car appendice rétro-caecal. Celui-ci est gangréné et il faudra le sculpter de la paroi caecale.
- La vérification systématique permet de découvrir un Meckel sain. Petit appendice que l'on retire comme un appendice.
- Un point en "X" séro-musculeux pour fermer l'intestin après avoir suturé la muqueuse au catgut fin.
- Suites opératoires compliquées d'un hématome banal, non suppuré.

Cette dernière observation soulève le problème de savoir si l'on doit enlever un diverticule de Meckel sain, alors que l'état local ou général du malade ne sont pas éminemment favorables à l'ajout d'un risque supplémentaire. Cela est, évidemment, cas d'espèce ou d'expérience personnelle du Chirurgien. Mais il faut bien savoir que si l'on décide de laisser un Meckel sain en place, on devra, en tout état de cause, retourner le chercher dans un deuxième temps opératoire.

CONCLUSIONS

A la lumière de ces différentes observations et des données correspondantes de la littérature, la leçon qui s'en dégage pourrait être ainsi formulée :

1°) - Le diverticule de Meckel est loin d'être exceptionnel chez l'adulte -

Bien que le diagnostic des accidents Meckeliens soit le plus souvent difficile, on doit cependant savoir incriminer le Meckel dans le cas des ulcères hémorragiques.

Parmi les éléments qui permettent l'établissement d'un tel diagnostic, notons l'apport, souvent précieux, fourni par un interrogatoire plus aisé chez l'adulte que chez l'enfant. Il permettra ainsi de retrouver parfois l'existence, au niveau de l'ombilic, d'un écoulement ou d'une hernie à la naissance. Surtout, il permettra de préciser l'horaire, souvent tardif, des douleurs de l'ulcère Meckelien.

Enfin, et principalement, l'existence d'hémorragies intestinales sans cause décelable devrait faire suspecter le diverticule de Meckel.

Mais il faut bien savoir que si les symptômes principaux par lesquels il se manifeste : douleurs, hémor-

ragies, sont presque toujours présents, ils le sont parfois au sein d'un contexte clinique trompeur. Aussi importe-t-il que le Chirurgien sache penser au diverticule de Meckel chaque fois qu'une hémorragie intestinale reste inexpliquée, ou qu'il ne retrouve pas opératoirement, au niveau d'un organe suspecté, les lésions affirmées radiologiquement.

2°) La variabilité du tableau clinique, la gravité des complications dues au diverticule de Meckel imposent la nécessité d'une action préventive. En particulier, sa recherche systématique devrait faire partie du rituel de l'appendicectomie, chez l'adulte comme chez l'enfant.

3°) Le diverticule de Meckel doit être retiré de parti pris chez l'adulte puisque, même asymptômatique jusqu'à un âge très avancé. - 77 ans dans l'une de nos observation - il peut mettre brusquement la vie en danger.

Aussi, la résection de principe qui met à l'abri des complications ultérieures toujours possibles, doit être un dogme intangible.

4°) Enfin, sur le plan technique, l'exérèse cunéiforme de l'iléon, trespectant le bord mésentérique et suivie d'une suture transversale, garde la préférence de la majorité des Chirurgiens.

Ce n'est que dans des cas éminemment favorables que le diverticule de Meckel pourra être enlevé comme un appendice avec anfouissement du moignon.

La résection intestinale à distance - qui avait pu être défendue dans le cas des ulcères Meckeliens hémorragiques - doit être abandonnée. Elle reposait sur l'existence possible de tissu gastrique ectopique au voisinage de l'insertion du diverticule de Meckel.

L'examen histologique de toutes les pièces de résection intestinale de ce type n'a jamais permis, jusqu'ici, d'accorder quelque crédit à cette hypothèse.

Au terme de cette étude où la juxtaposition des observations pourrait donner au diverticule de Meckel chez l'adulte une importance qu'il n'a pas, l'honnêteté commande, en effet, de rappeler que cette affection reste rare. Treize cas en cinq ans, cela est peu. Que les Chirurgiens d'adultes qui recherchent systématiquement le diverticule de Meckel ne s'attendent guère à en trouver plus de un ou deux par an.

Compte tenu de cette rareté, notre propos n'avait d'autre ambition que d'élargir à l'adulte et au vieillard la notion - jusqu'ici confinée à l'enfance - de complications Meckeliennes.

Les avatars thérapeutiques subis par certains malades nous ont semblé justifier amplement cette revalorisation du diverticule de Meckel chez l'adulte.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. M. LAURENCE Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AUGUSTE (C.), DELANNOY (E.) et FACQUET (A.) - Diagnostic radiologique du diverticule de Meckel. (Archives des Maladies du Tube Digestif, novembre-décembre 1948, 38, n°11-12)

AGEZ - Thèse Paris - 1956.

BARBANO - Hémorragie gastro-duodénale produite par un diverticule de Meckel ulcéré (Journal Médical New-Jersey, Mai I948).

BIGELAW et CLARK - Tissu pancréatique hétérogène et muqueuse gastrique dans un diverticule de Meckel. (Archives of Surgery, janvier 1950, 60).

BLANC - Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel (Thèse Paris, 1898-I899).

CAHIER (L.) - Inflammation des diverticules intestinaux.

CALLENDER - Glandes gastriques dans le diverticule de Meckel (Journal Médical, I9I5).

CASINELLI - Tissu pancréatique dans un diverticule de Meckel. (Ann. Fac. Méd. Montevidéo, septembre 1949, 29).

CAPLAN et BADNER - Diagnostic radiologique du diverticule de Meckel. (Revue de Gastro-entérologie, novembre I952, I9).

CAZIN - Etude anatomique et pathologique sur les diverticule de l'intestin (Thèse, Paris , I862).

COLLINS (D.C.) - Le diverticule de Meckel. Etude de 50 cas (Journal of International College of surgery Juin I950).

FONCAR - Hémorragie massive du diverticule de Meckel (Journal of international College of Surgery, Septembre-octobre I948).

FEVRE - Invagination intestinale aiguë de l'enfant (Mémoire de Chirurgie, janvier 1951, tome 67).

FEVRE et SEMELAIGNE - Pathologie du diverticule de Meckel (Congrès des Pédiatres de Langue Française, I943).

FORGUE et RICHE - Le diverticule de Meckel (1907).

GREENBLOTT et NICHOLSON - Journal of Pathology and Bact. I922, 25.

GROSS (G.W.) - Importance clinique du diverticule de Meckel par le danger qu'il présente (Brums. Beitr. Klin. I953, I87).

GROSSMANN, FILSBACH, LOVELACE - Hémorragie du diverticule de Meckel. (Radiology, août I955, 55).

HABER - Diverticule de Meckel. Etude de 23 cas (Ann. Journal of Surgery, avril I947, 73).

HALLENDORF, LOVELACE - Muqueuse gastrique aberrante et tissu pancréatique dans un diverticule de Meckel hémorragique (Proceedings Staff Mayo Clinic, février I947, 22).

HUMBERT (Jean). - Ulcère peptique du diverticule de Meckel (Thèse , Paris I924).

JASPER (U.) - Ulcus perforé d'un diverticule de Meckel (Bull. U.S. Army Méd. Départ. juillet I948).

JAY, MARGULIS - Diverticule de Meckel. Revue de 103 cas (Arch. of Surgery, juillet I950).

KITTLE, JENKINS, DRAGSTEDT - Canal omphalo-mésentérique et ses relations avec le diverticule de Meckel (Arch. of Surgery, Janvier I947, 54).

LINDAN et WOLFF - Surgery. Gynécol. and Obst. Novembre 1931.

MAQUIRE - Le diverticule de Meckel comme urgence chirurgicale (Arch. of Surgery, janvier I948, 56).

MASON, POSTELTHWAIT, BRADSHAW - Diverticule de Meckel. 30 cas . (South. Surgery, I5 octobre I949).

MERRITT et RABE - Diverticule de Meckel : abcès abdominal récidivant et fistule. (Arch. of Surgery décembre I946, 6I).

MIGLIACIOE et BEGG - Diverticule de Meckel - (American Journal of Surgery, juin 1948, 76).

MONDOR - Diagnostics urgents de l'abdomen .

MONDOR , LAMY - Etude clinique des ulcères du diverticule de Meckel. (Journal de Chirurgie, I933-I94I).

MORTON, KLINE et ZUCHENBERG - Hémorragie du diverticule de Meckel. (Journal med. New-Jersey, Octobre I950, 47).

MURRAY - Hémorragie massive d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel. (Médical Journal of Australia, février I947).

NEMOURS (Auguste) - Examen radiologique du diverticule de Meckel. (arch. des Maladies du Tube digestif, novembre-décembre I949, n° 38).

RAFFENSPERGER (E.C.) et MARLUNAS (F.B.) - Démonstration radiologique du diverticule de Meckel (Gastro-Entérology, novembre I950, I6).

SCHWEI et JACKSON - Diverticule de Meckel. Description de 39 cas. (Journal of Surgery, décembre I948, n° 78).

SCHILLINGER et SOUT - Cas de diverticule de Meckel hémorragique. (Arch. of Surgery, I934, 28).

SODERLUND - A propos de 400 cas de diverticule de Meckel

STONE - Muqueuse gastrique aberrante (Surgery, I923)

TAYLOR - Symptôme du diverticule de Meckel (Lancet, novembre I947).

WILKINSON - Hémorragie massive d'un ulcère peptique du diverticule de Meckel (Brit. J. of Surgery, Janvier I947, 34).

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Téléphone : ODÉon 58-90